



### ANFORDERUNGSFORMULAR ZUR MOLEKULARGENETISCHEN ANALYSE

<b>Patientendaten (ggf. Aufkleber):</b> Name: ..... Vorname: ..... geb.: ..... Straße ..... PLZ ..... Ort .....	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w ethnische Herkunft: ..... (ggf. erforderlich für Risikoangaben) Telefon: ..... <b>Angaben zur Abrechnung:</b> <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Rechnung an Patient/in <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> Rechnung an Einsender <input type="checkbox"/> gesetzl. versichert Kasse: ..... bitte Ü-Schein beilegen (Nr. 6, gelb)
---	--

**FB 026**

**Auf Wunsch und mit Einverständnis der Patientin / des Patienten / gesetzl. Vertreters bitte Bericht an folgende weitere Ärzte / Personen:**

.....

.....

<b>Untersuchungsmaterial:</b> ca. 2 ml EDTA-Blut (bei FRAXA bitte 10 ml, Kinder mind. 3 ml!) Art: <input type="checkbox"/> EDTA-Blut <input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/>	<b>BITTE PROBEN MIT PATIENTENNAMEN VERSEHEN!</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; float: right;"> <b>Datum der Entnahme:</b> </div>
--	--

**(Verdachts-) Diagnose / Anamnese:**  
 Klinische Symptomatik / Familienanamnese / Ergebnisse von Voruntersuchungen (ggf. bitte in Kopie beilegen)

(ggf. Rückseite verwenden)

<b>Angeforderte Untersuchung:</b> kurativ <input type="checkbox"/> prädiktiv / pränatal* <input type="checkbox"/> (*setzt genetische Beratung voraus)		
<input type="checkbox"/> Faktor V Leiden (APC-Resistenz) (G1691A-Mutation) <input type="checkbox"/> Prothrombin (Gerinnungsfaktor II)-G20210A-Mutation <input type="checkbox"/> MTHFR C677T / A1298C Mutation <input type="checkbox"/> Hereditäre Hämochromatose (HFE- C282Y- / H63D- / S65C- Mutation) <input type="checkbox"/> Cystische Fibrose (Mukoviszidose und CBAVD; CFTR-Mutation) <input type="checkbox"/> Azoospermiefaktor (AZF-Deletion) <input type="checkbox"/> Fragiles X -Syndrom (FRAXA, FMR1-Gen) <input type="checkbox"/> RETT-Syndrom (MECP2-Gendiagnostik)	<input type="checkbox"/> $\alpha_1$ -Antitrypsin-Defizienz <input type="checkbox"/> Noonan- Syndrom (PTPN11-Sequenzanalyse) <input type="checkbox"/> Sensorische Schwerhörigkeit Typ 1 Connexin 26 (GJB2), Cx 30 (GJB6) <input type="checkbox"/> Friedreich'sche Ataxie (FXTN-Gen) <input type="checkbox"/> Kennedy Disease (Spinobulbäre Muskelatrophie; SBMA) <input type="checkbox"/> Dentato-Rubrale Pallido-Luysische Atrophie (DRPLA) <input type="checkbox"/> Chorea Huntington (Huntingtin-Gen) <input type="checkbox"/> Spinocerebelläre Ataxien (SCA1, 2, 3 (MJD) 6 und 7)	<input type="checkbox"/> Achondroplasie (FGFR3-Gen) <input type="checkbox"/> Hypochondroplasie (FGFR3-Gen) <input type="checkbox"/> SHOX Haploinsuffizienz (Léri-Weill-Dyschondrosteosis, Langer-Syndrom, idiopathischer Kleinwuchs) <input type="checkbox"/> Hereditäre Pankreatitis (PRSS1 -und SPINK1/ PSTI-Mutation) <input type="checkbox"/> Multiple Endokrine Neoplasie Typ 2A <input type="checkbox"/> Multiple Endokrine Neoplasie Typ 2B <input type="checkbox"/> Array CGH Diagnostik <input type="checkbox"/> sonstiges (bitte oben erläutern):

<b>Einverständniserklärung der Patientin / des Patienten / des (gesetzlichen) Vertreters:</b> Mit meiner Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis mit der geplanten Untersuchung und der dazu notwendigen Probenentnahme. Ort, Datum ..... Unterschrift der Patientin bzw. des gesetzl. Vertreters .....	<b>Bestätigung der Ärztin / des Arztes:</b> Name: (bitte leserlich) ..... Die Einwilligung der Patientin / des Patienten / gesetzl. Vertreters zur Probenentnahme und zur humangenetischen Untersuchung liegt mir vor. <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 80px; margin: 10px auto; text-align: center;">                     Stempel                 </div> Unterschrift .....
---	--

**Einwilligung in eine genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)**  
**Die vollständig ausgefüllte und unterschriebene Einwilligungserklärung der Patientin / des Patienten / gesetzlichen Vertreters ist gemäß GenDG unbedingte Voraussetzung für die Durchführung einer genetischen Untersuchung**

bitte Kopie zusammen mit Anforderungsformular für die Untersuchung an das genetische Labor

<b>Patientendaten (ggf. Aufkleber):</b>	<b>E 01</b>
Name: ..... Vorname: .....	<b>Bitte lesen Sie diese Einwilligung sorgfältig durch und kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten an</b>
geb.: .....	
Straße .....	
PLZ ..... Ort .....	

Ich habe eine allgemeine schriftliche Aufklärung (und ggf. zusätzlich spezielle schriftliche Aufklärungen) zu genetischen Analysen gemäß GenDG erhalten, gelesen und verstanden. Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu den genetischen Analysen, die zur Klärung der in Frage stehenden Erkrankung / Störung / Diagnose:

.....  
 notwendig sind sowie zu den dafür erforderlichen Blut-/ Gewebeentnahmen.  
 Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.

<b>Bitte entscheiden Sie, wie Ihr Untersuchungsmaterial und die daraus resultierenden Ergebnisse verwendet werden dürfen</b>		
Ich bin damit einverstanden, dass ggf. (Teil-) Untersuchungen in einem externen Kooperationslabor durchgeführt werden.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Ich bin damit einverstanden, dass Zufallsbefunde (Ergebnisse, die mit der eigentlichen Fragestellung nicht im direkten Zusammenhang stehen) nicht bzw. nur dann mitgeteilt werden, wenn es zur Erfüllung des Untersuchungsauftrages unvermeidbar ist.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Untersuchung vernichtet wird. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch aufbewahrt werden.		
Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der erhobenen Ergebnisse, sowie ggf. für spätere neue Diagnosemöglichkeiten einverstanden.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Ich bin einverstanden, dass überschüssiges Untersuchungsmaterial in pseudonymisierter (verschlüsselter) Form zum Zwecke der Qualitätssicherung aufbewahrt und verwendet wird.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse und Unterlagen in Papierform und/ oder elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben für 10 Jahre aufbewahrt werden. (nein = sofortige Vernichtung)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse der Untersuchung für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern genutzt werden.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Ich bin einverstanden, dass erhobene Ergebnisse über die in Frage stehende Erkrankung für wissenschaftliche Zwecke genutzt und in pseudonymisierter Form in Fachzeitschriften veröffentlicht werden.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Ich bin damit einverstanden, dass ggf. Daten für Abrechnungszwecke an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

**Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen.**

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum:

Stempel

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Patientin /des Patienten /des (gesetzlichen) Vertreters

\_\_\_\_\_  
 Aufklärende(r) Ärztin / Arzt